№ 6. Warszawa, Czerwiec 1928 r. Rok XXIV.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Czterdziestolecie Pracy Lekarskiej D-ra med. K. Zielińskiego.

Dnia 19 maja r. b. odbył się w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze uroczysty obchód uczczenia czterdziestoletniej rocznicy pracy naukowo-lekarskiej d-ra med. Kazimierza Zielińskiego, Lekarza Naczelnego Szpitala Przemienienia Pańskiego, Prezesa Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, Wice-prezesa Tow. Internistów Polskich oraz Członka wielu towarzystw naukowo-lekarskich i społecznych. Obchód miał charakter podniosły, acz skromny, bez nadmiernego rozgłosu, jak skromną i niegarnącą się do honorów jest cała postać D-ra Kazimierza Zielińskiego. Grono lekarzy, przyjaciół, współpracowników szpitala i uczniów Jubilata wydało specjalny pamiątkowy numer tygodnika lekarskiego „Medycyny“. Numer ten został uroczyście wręczony Jubilatowi przez redakcję „Medycyny“.

W imieniu felczerów szpitala przemawiał piszący te słowa, życząc swemu Naczelnemu, Szefowi i Kierownikowi, długich jeszcze lat pracy w zdrowiu i spokoju moralnym.

Działalność D-ra med. K. Zielińskiego związana jest nierozłącznie z Pragą, którą ukochał i której poświęcił czterdzieści lat Swej pracy. Jest też dr. K. Zieliński postacią niezmiernie popularną na Prądze znaną nieomal każdemu dziecku. Szpital Praski zawdzięcza staraniom d-ra med. K. Zielińskiemu budowę wzorowej kuchni szpitalnej, pralni, kamery dezynfekcyjnej i wreszcie przystąpienie do budowy momentalnego gmachu administracyjnego. Nad dalszą rozbudową, rozszerzeniem i rozkwitem szpitala dr. K. Zieliński nieustannie myśli i zabiega.

Związek felczerów ma w d-rze Zielińskim stałego i dawnego obrońcę, który śmiało uznaje potrzebę i pożytek felczerów jako pomocniczego personelu lekarskiego, mimo iż z tego powodu narażał się już nieraz na cały szereg inwektyw i przykrości.

A. Roliński.

Nowy ustrój szpitalny.

Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. Ust. N⁰ 38/28 r.) daje nową organizację szpitalom na całym terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Uważamy za potrzebne zaznajomić naszych czytelników z nowemi zasadami według których mają być zreorganizowane szpitale.

Zakłady lecznicze dzielą się na zakłady lecznicze dla osób potrzebujących stałego pomieszczenia w celu leczenia i pielęgnowania względnie obserwacji i porady lekarskiej oraz na przychodnie. Zakłady lecznicze dzielą się na zakłady ogólne i na zakłady specjalne, przeznaczone tylko dla osób, dotkniętych pewnemi rodzajami chorób. Zakłady lecznicze, prócz tego dzielą na 1) szpitale, gdy są prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków i na 2) lecznice, gdy są utworzone i prowadzone z zamiarem osiągnięcia zysku. Szpitale zaś dzielą się na 1) publiczne, które posiadają prawo publiczności, 2) szpitale bez prawa publiczności.

Wobec tego, że dekret w szeregu artykułach głównie zajmuje się ustrojem szpitali, będących na prawach publiczności, postaramy się przedstawić główne zasady, prawa i obowiązki szpitali publicznych.

Przedewszystkiem musimy się zaznajomić z pojęciem szpitala publicznego. Otóż art. 5 dekretu powiada, że do szpitali publicznych zaliczają się wszystkie szpitale ogólne i specjalne, utrzymywane przez Państwo oraz przez związki komunalne, o ile powyższe szpitale są przeznaczone dla ogółu ludności, a więc tylko dla pewnych instytucji lub grup ludności. A więc szpital wojskowy nie będzie szpitalem publicznym. Taksamo szpital Kasy Chorych nie jest szpitalem publicznym.

W drodze wyjątku Minister Spraw Wewnętrznych, o ile urządzenie szpitala odpowiada wymogom higjeny oraz szpital ma zapewnione środki utrzymania, może danemu szpitalowi nadać prawa publiczności.

Szpital publiczny obowiązany jest przyjmować na leczenie i pielęgnowanie lub obserwację lekarską każdą osobę, zgłaszającą się doń lub skierowaną przez urzędy lub instytucje publiczne bez względu na przynależność państwową lub gminną, wyznanie stan majątkowy i zawód, skoro tylko dyrektor szpitala lub uprawnieni przez niego lekarze szpitalni stwierdzą potrzebę umieszczenia w szpitalu, a przeznaczenie szpitala oraz względy sanitarno-policyjne zezwalają na przyjęcie.

Osoba, nienadająca się do przyjęcia do danego szpitala ze względu na jego przeznaczenie, może być przyjęta tymczasowo, o ile na to zezwalają przepisy sanitarno-policyjne, a zwłoka zagraża życiu chorego lub jego otoczenia.

Szpital publiczny obowiązany jest dostarczać każdemu przyjętemu do szpitala choremu pomocy lekarskiej i potrzebnej opieki, leków, pożywie-

nia i pomieszczenia, a w razie śmierci pokryć w braku innych osób koszty pogrzebu.

Wszystkim chorym, umieszczonym w publicznym szpitalu, należy się w zależności od rodzaju choroby jednakowa pomoc i opieka lekarska.

Świadczenia szpitala są odpłatne.

Obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych w szpitalach ogólnych lub utrzymywania specjalnych szpitali zakaźnych, ciąży na powiatowych związkach komunalnych i miastach.

Nieruchomości, z wyjątkiem stanowiących własność Państwa, potrzebne pod budowę lub przebudowę szpitali publicznych, mogą być wywłaszczane za odszkodowaniem na podstawie obowiązujących przepisów o wywłaszczaniu.

Zadania szpitala, środki do osiągnięcia celów, ustrój wewnętrzny, skład rady szpitalnej, ustrój zarządu, liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych i pracowni, kategorje pracowników tudzież zasadnicze ich obowiązki i uprawnienia określa dla każdego szpitala publicznego statut.

Szczegółowe obowiązki służbowe poszczególnych kategoryj pracowników szpitala komunalnego określają instrukcje służbowe, wydany przez właściwy organ związku komunalnego na wniosek dyrektora szpitala, uchwalony przez radę szpitalną.

Statuty szpitali publicznych niepaństwowych zatwierdza wojewoda, a szpitali, zarządzanych przez gminę m. st. Warszawy oraz wszystkich szpitali publicznych niepaństwowych, położonych na terenie m. st. Warszawy — Minister Spraw Wewnętrznych.

Na czele szpitala publicznego stoi dyrektor — lekarz. Dyrektor jest przedstawicielem szpitala nazewnątrz, odpowiedzialnym kierownikiem szpitala oraz zwierzchnikiem służby lekarskiej, pielęgniarskiej, administracyjnej i gospodarczej.

Dyrektora zastępuje wyznaczony przez niego jeden z ordynatorów szpitala.

Do pomocy ordynatorom mogą być dodani asystenci.

Funkcjonarjuszów komunalnych szpitali publicznych dotyczą prawa i obowiązki, przewidziane dla funkcjonarjuszów komunalnych wogóle, a dla danego związku komunalnego w szczególności oraz przepisy niniejszego rozporządzenia.

Funkcjonarjusze szpitali publicznych podlegają odpowiedzialności karnej i korzystają z opieki prawa narówni z urzędnikami publicznymi.

O posady lekarzy ordynujących ubiegać się mogą kandydaci, którzy odbyli najmniej 2 letnią praktykę szpitalną. Statut poszczególny u szpi-

tali publicznych mogą przewidywać dłuższy okres praktyki ewentualnie na stanowisku stałego lekarza ordynującego oraz specjalne kwalifikacje lub warunki dla uzyskania stanowiska dyrektora szpitala i jego zastępcy, kierownika oddziału lub pracowni szpitala.

Przy każdym szpitalu publicznym czynna jest rada szpitalna. Skład rady szpitalnej określa statut.

Do zakresu działania rady szpitalnej należy wypowiadanie opinji i przedstawianie wniosków w ważniejszych sprawach, dotyczących szpitala.

W szczególności rada szpitalna wydaje opinję w sprawach budżetu i gospodarki szpitala, przebudowy i rozszerzenia szpitala, opłaty za leczenie i należności specjalnych oraz ewentualnych dodatków za kierownictwo względnie funkcyjnych dla personelu szpitala.

Koszty leczenia w szpitalach publicznych będą obliczane na podstawie opłaty dziennej. Opłatę tę ustanawia się w zasadzie na rok z góry. Opłata ustanowiona obowiązuje aż do czasu jej zmiany, wywołanej zmianą warunków utrzymania chorych lub prowadzenia szpitala.

Osobna ustawa określi, kto ponosi koszty leczenia ubogich oraz tryb postępowania przy dochodzeniu tych kosztów, należnych szpitalom publicznym.

Zabiegi operacyjne można podejmować tylko za zgodą chorego, a jeżeli chory nie ukończył 21 lat życia, albo też z powodu niedojrzałości umysłowej lub swego stanu zdrowia nie może ocenić potrzeby zabiegu operacyjnego — za zgodą jego prawnego zastępcy, wyjąwszy wypadki, gdy grozi niebezpieczeństwo dla życia.

Zwierzchni nadzór nad zakładami leczniczemi prócz wojskowych należy do Ministra Spraw Wewnętrznych.

Organizacje i zasady prowadzenia państwowych niepublicznych zakładów leczniczych oraz zakładów leczniczych instytucyj ubezpieczeń społecznych określa rozporządzenie właściwych ministrów, wydane łącznie z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Jak widzimy przepisy dekretu o zakładach leczniczych zawierają tylko ramy, których treść szczegółowo wypełnią dopiero postanowienia statutów dla każdego zakładu leczniczego wydane i zatwierdzane oddzielnie.

Regulujcie zaległą prenumeratę i wpłacajcie za III kwartał.

Prenumeratorom, którzy nie uregulują zaległej prenumeraty za ubiegłe kwartały do dnia 1 Lipca r. b. wysyłkę pisma wstrzymamy.

KARTKA Z DZIEJÓW ANTYSEPTYKI U NAS.

Skreślił
ANDRZEJ CIECHOMSKI
ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Koniec)

Prawdziwe wszakże życie zawrzało u nas w oddziale jesienią r. 1885' gdy powrócił z wycieczki swej do Londynu Matlakowski i dzielił się z naszymi chirurgami wielu ulepszeniami, które widział w Anglji. Zwrócono przedewszystkiem uwagę na najgorszych i najniebezpieczniejszych doniedawna rozsadników zakażenia przyrannego t. j. na gąbki. Idąc za radą chemika W. Lepperta gąbki nowe, oczyszczone z piasku i kurzu, prałem w wodzie z mydłem, poczem zatapiałem w rozczynie sublimatu 1 : 1000, gąbki takie wprowadzało się do otrzewnej bez widocznej szkody dla operowanych. Daleko trudniejsze i mniej pewne było oczyszczanie gąbek już zanieczyszczonych czy to w wysięku, czy też we krwi, wreszcie w ropie, gąbki te prałem własnoręcznie w rozczynie nadmanganianu potasu, potem płókałem dość starannie w roztworze potasu gryzącego, wówczas z zabarwionych na kolor brudnoczerwony stawały się jasno żółte, prawie białe, w takim stanie zanurzałem je w zamkniętym słoju w zwykłym rozczynie sublimatu. Na szczęście gąbki tak przyrządzone niedługo służyły, rychło bowiem kruszyły się pod wpływem rozczynu gryzącego potasu.

Wszakże najwięcej przysparzała nam pracy ta zapobiegawcza część antyseptyki, którą uprawialiśmy gorliwiej niż przedtem pod wpływem najnowszych zdobyczy zagranicą, a zmuszeni do tego niepomyślnemi warunkami technicznemi. Gdy w jednej sali ubogo zaopatrzonej po ropnej operacji należało wykonać zabieg czysty, wówczas pospołu z ordynatorem szorowałem ceraty na stołach drewnianych wodą z mydłem i sublimatem. W przededniu zamierzonej laparatomji myliśmy nawet ściany w sali operacyjnej sublimatem. Z biegiem czasu zadanie ułatwiło się nieco, gdy ordynator z własnej kieszeni sprawił meble żelazne z płytami marmurowemi, mycie stało się łatwiejsze, a nadewszystko pewniejsze. Narzędzia po operacji zarówno czystej jak też i septycznej szorowało się szczotką z wodą i mydłem, a przed zabiegiem zatapiało się w 5% rozczynie kwasu karbolowego. Katgut surowy moczył się stale w wyskoku, jedwab i dreny w sublimacie.

Oto podałem w krótkim zarysie, jak to wyglądała praca w oddziale chirurgicznym, jak rozległe były obowiązki ordynatora i jak ciężka była praca asystenta. Na wstępie zaznaczyć należy, jakie mnóstwo było opatrunków codziennie z uwagi na liczne i obfite ropienia ran operacyjnych i zarazem jak rzadkie były gojenia się ran doraźne, niewymagające czę-

stego opatrywania, przytem jak dalece wąchanie cuchnących ran budziło wstręt u opatrujących.

Jeżeli zestawimy sobie pracę ówczesną, gdy w oddziale o 60 łóżkach pracował jeden a najwyżej 2 asystentów, gdy do pomocy przy operacjach, do licznych opatrunków oraz pisania kart szpitalnych (zdaje mi się, dużo staranniej niż obecnie) dodamy jeszcze tę mozolną dodatkową pracę, którą dziś wykonywa personel niższy, to doprawdy przyjdziemy do przekonania, że niesłusznie wyrzeka na przeciążenie pracą i śpieszy corychlej na odpoczynek młodszy adept chirurgji, jeden z kilku lub kilkunastu w klinice lub oddziale. Dla nas zaczynały się żniwa, gdy wyjeżdżał na urlop ordynator, w zwykłych bowiem warunkach rzadko nas asystentów dopuszczano do noża.

Prawie bezpośrednio po nas, wszakże z większym przepychem urządził oddział swój a głównie salę operacyjną własnym kosztem W. Krajewski, był to okres obfitego polewania ran słabym rozczynem kwasu karbolowego zapomocą rur, gęsto zawieszonych na drutach ponad całą salą operacyjną, brnęło się w kaloszach i zupełnej mgle od rozpylacza, ledwie widać było sylwetki obecnych na sali lekarzy.

Stopniowo i mniej przesadnie zaszczepiła się surowa antyseptyka na innych oddziałach szpitalnych, a może później w klinikach. Sprawiedliwość wyznać każe, że u obcych wówczas jeszcze były rażące braki. Tak np. Sawicki w 1892 r. przekonał się, że w klinice Bergmanna narzędzi nie gotowano, używano tych samych do opatrunków i do operacji.

U nas pomimo wielu ulepszeń i dbałości o czystość operowano jak przedtem w starych, wyszarzanych kurtkach i brudnych fartuchach a tylko do laparatomji przywdziewano szare płócienne kapoty.

Co miało wspólnego z Listerem postępowanie nasze, gdy po dość wczesnem zastosowaniu u nas jego prostych wymagań mieliśmy jeszcze przez kilka lat te najcięższe powikłania pooperacyjne, podczas gdy inni ślepo spełniający jego przepisy mogli poszczycić się daleko lepszemi wynikami. My nie mogliśmy rozstać się z długoletniemi nawyknieniami, trwaliśmy niezachwianie w swym uporze i, jak to widzieliśmy wyżej, lekceważyliśmy zapał i dążność do postępu umysłów młodych.

Zdaniem mojem główną przyczyną naszych niepowodzeń oprócz wielu mniejszych były nasze gąbki i stan rąk naszych, które były nader skutecznemi rozsadnikami zakażenia.

Uważam, że jesteśmy niesprawiedliwi względem sublimatu, za mało oceniamy jego wartość, za mało podkreślamy jego znaczenie w postępie antyseptyki. Tajemnica niepowodzeń naszych może najdłużej tkwiła w sposobie mycia rąk naszych, długie jeszcze minęły lata, zanim nauczyliśmy się jako tako myć ręce, zresztą w niektórych środowiskach chirurgicznych czynności tej nie opanowano nigdy, a lwią część ochrony przekazano rękawiczkom.

DR. MED. K. SZOKALSKI.

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

BÓLE w KOŃCZYNACH.

(ciąg dalszy).

Niedowład z powodu zatrucia wyskokiem dotyczy głównie kończyn dolnych i szczególnie mięśni prostujących dużego palca i mięśnia strzałkowego (m. peroneus). Stopa jest wyciągnięta ku goleni i nie może wrócić do normalnej pozycji. Podczas chodzenia chory, dla uniknięcia suwania stopy o podłogę, podnosi udo wyżej niż zwykle (stąpania końskie). Bóle są bardzo żywe, mrowienie, uczucie gorąca lub zimna, ból przeszywający, pieczenie. Są one nagłe lub mogą być wywołane uciskiem pni nerwowych lub mas mięśniowych. Mogą istnieć wspólnie ze znieczuleniem lub hypestezją powłok. Przy alkoholizmie czasem powstaje swoista psychoza ochrzczona mianem jej odkrywcy Korsakowa, cechująca się bardzo ciężkiemi zaburzeniami poznawania, uwagi, prowadzącemi do pomieszania czasu, przestrzeni, osób; chory zdradza wielką skłonność do konfabulacji.

Neuritis saturnina poraża najczęściej mięśnie prostujące palców i ręki. Jest to prawie wyłącznie zapalenie nerwów ruchowych; zaburzenia czuciowe bywają zwykle mało zaznaczone.

Neuritis diphteritica zaczyna się podczas konwalescencji i często umiejscawia się na podniebieniu miękkiem, na oczach (mięśnie akkomodacyjne i zewnętrzne); może rozszerzyć się na cały system nerwowy; po zajęciu n. vagus i n. phrenicus może dojść do zejścia śmiertelnego. W większości przypadków bywa przebieg pomyślny; zaburzenia sfery czuciowej mają przewagę nad zaburzeniami ruchowemi; ataksja i arefleksja przy nieznacznem zajęciu czucia powłok skórnych stoją na pierwszem miejscu, zwłaszcza u dzieci.

Istnieje jeszcze jeden ostry proces organów ruchu, dający się pomieszać z polyneuritis, t. zw. polymyositis, przy którym nabrzmiewają mięśnie przy objawach gorączkowych; chorzy doznają gwałtownych bólów, unieruchamiających ich; w dalszym przebiegu następują zaniki i dochodzi też do zaburzeń odruchowych i wybitnych zaburzeń pobudliwości elektrycznej. W początku występuje ostre obrzmienie mięśniówki, w którem często bierze udział i skóra, następnie brak zaburzeń czuciowych wykazuje, że punktem wyjścia choroby są nie nerwy obwodowe, lecz mięśnie.

Nie rzadko obserwować można połączenie procesu myelitycznego i neurytycznego. Przy polyneuritis znajdujemy często obfity w białko, czysty i ubogi w elementy morfologiczne płyn mózgowo-rdzeniowy; przy różnorodnych postaciach myelitis bywa zwykle silniejsza pleocytoza.

Bóle strzelające są charakterystycznym objawem początkowym procesu przymiotowego w neuronie czuciowym korzonkowym. Bóle lokalizują się głównie w nogach. Zjawiają się w formie bólów piorunujących, rwących, czasem nieznacznych, niera niezwykle silnych. Chorzy mogą w ciągu dłuższego czasu prawie nie odczuwać tych bólów, aż nagle znów występują napadowo. Czasem mają cechy kłują cych lub palących. Stwierdzanie tego rodzaju bólów często możliwem jest tylko przy drobiazgowem zbieraniu wywiadów.

Parestezje kończyn czyli akroprestezje bywają częstym objawem towarzyszącym miażdżycy tętnic, zapaleniu chronicznemu mięśnia sercowego, nefrosklerozie, dnie i cukrzycy.

Przy migrenie czasem występują parestezje w kończynach, angiospazmy, poty etc. Podobne objawy bywają też przy epilepsji, czasem przy tachikardji paroksyzmalnej i hemoglobinurji paroksyzmalnej.

Bóle i parestezje w górnych kończynach bywają przy dusznicy bolesnej, miażdżycy tętnicy głównej lub naczyń wieńcowych, aortitis, coronaritis, obrzęku Quinke.

Gruczoły nadobojczykowe, aneurysma art. subclaviae, tumor mediastini. schorzenia opłucnej w obrębie wierzchołka płucnego połączone z bujaniem tkanki łącznej, żebro szyjne mogą powodować parestezje w górnych kończynach, bóle nerwowe, zaburzenia czuciowe, zmiany w odruchach ścięgnowych, zaburzenia troficzne. porażenia mięśniowe, zmienioną pobudliwość elektryczną.

Autointoksykacje kiszkowe, dyspesio flatulenta intestinalis dają objawy naczynioruchowe, mrowienie w rękach, uczucie gorąca na twarzy i karku, zawroty, ucisk na głowę, uczucie strachu, bicie serca, oddech krótki, parestezje w kończynach.

Przy mocznicy czasem występuje zupełne znieczulenie palców jednej lub obydwu rąk, jako jeden z objawów migreny mocznicowej lub moczniczowego zapalenia nerwów.

Parestezje w kończynach występują przy wiądzie rdzenia i przy syryngomyelji; przy tej ostatniej związane są parestezje ze zmianami naczynioruchowemi, pozatem występuje dysocjacja różnorodnych rodzajów czucia (częściowe porażenie czucia cieplnego i bólowego), zaniki mięśniowe na obwodzie kończyn górnych, zaburzenia troficzne, wzmożenie odruchów ścięgnistych, zaburzenia opuszkowe, (syringobulbia); zwłaszcza dość często występują zanikowe porażenia języka. Wskutek zniszczenia mas gleju w centralnym kanale rdzeniowym dochodzi do tworzenia się centralnych jam, czasem o znacznej długości, zajmujących więcej przednią lub więcej tylną część rdzenia. Jeżeli proces przekroczy otoczkę szarej substancji i przeniesie się na pęczki boczne, wówczas mamy parezy zanikowe na górnych kończynach, objawy spastyczne na dolnych, co może rozpoznanie nasze skierować też ku sclerosis lateralis z niedowładem opuszkowym; przy syringomyelji rozwijają się zwykle mniej symretycznie; przy haematomyelji wybroczyny krwawe niszczą przedewszystkiem szarą substancję,biała pozostaje więcej odporną.

Zniszczenie przy syryngomyelji części szarych rogów przednich powinno powodować niedowład z zanikiem mięśni. Rozszerzenie zaś procesu na szare rogi tylne powinno wywołać zaburzenia czucia; czucie bólowe i cieplne zniesione są zupełnie. Oznakę widoczną tego znieczulenia częściowego stanowią zwykle liczne ślady i blizny po rozmaitych oparzeniach i urazach, o których, w chwili ich powstania, chory zupełnie nie wiedział. Czucie dotykowe i mięśniowe w ogromnej większości przypadków pozostaje aż do końca prawidłowem, gdyż białe słupy tylne z ich drogami dla czucia dotykowego i mięśniowego pozostają nieuszkodzone. Syringomyelja zwykle zaczyna się w drugiej części rdzenia szyjnego; dlatego też pierwsze objawy zaniku mięśni występują najczęściej w małych mięśniach dłoni.

Przy zapaleniach rdzenia poprzecznych (myelitis transversa) występują objawy paraplegiczne i czuciowe z wybitnem odgraniczeniem odcinka chorego od zdrowego. W ogromnej większości przypadków głównem siedliskiem cierpienia jest część rdzenia grzbietowa, a zatem zaburzenia umiejscawiają się najpierw w kończynach dolnych. Chory zaczyna w nich odczuwać mrowienie, odrętwienie; nogi stają się jakby ołowiane, chory z trudnością może zrobić kilka kroków. W większości przypadków porażenie dotyczy wszystkibh mięśni kończyn dolnych. Czasem cierpienie przybiera postać porażenia rdzeniowego połowicznego (porażenie Brown-Seguard'a); w jednej kończynie występują tylko objawy porażenia oraz niekiedy obniżenie czucia mięśniowego i pewna nadczułość, w drugiej zaś kończynie znieczulenie skóry.

Myelitis rozwija się najczęściej w sposób ostry (myelitis acuta) przy objawach ogólnych procesu zakaźnego; po upływie kilku godzin może wystąpić zupełna poraplegja; w innych wypadkach obraz w całej pełni rozwija się po kilku dniach do dwuch tygodni. Prof. Horigman opisuje ciężki przypadek nyelitis transversa, gdzie punktem wyjścia był

topień rdzenia u osobnika z chroniczną rostrzenią oskrzeli; prawdopodobnie w danym wypadku proces rozwijał się przez pewien czas bez widocznych objawów.

Z chronicznych chorób infekcyjnych kiła może szybko prowadzić do paraplegji na tle zamknięcia thrombotycznego swoiście schorzałej tętnicy rdzeniowej.

U osobników stosunkowo młodych poraplegja spastyczna może występować na tle sclerosis multiplex.

Opisywane są przypadki paraplegji na tle tuberculoma solitare rdzenia.

Najczęstszą przyczyną t. zw. myelitis funicularis bywa anaemia perniciosa oraz kacheksje ciężkie (rak, gruźlica, kiła).

Ucisk rdzenia, szczególnie zaś korzeni rdzeniowych wywołuje objawy podrażnienia korzeni tylnych, mianowicie bóle, niezmiernie gwałtowne, czasem stałe, częściej napadowe, obustronne lub też jednostronne; umiejscawiają się zależnie od siedliska guza w szyi lub karku, w kończynach lub na tułowiu. Dość często występują objawy podrażnienia korzeni przednich: drgawki lub kurcze w mięśniach dotkniętego odcinka. Z czasem objawy podrażnienia korzeni zaczynają ustępować, natomiast na plan pierwszy obrazu chorobowego wysuwają się objawy czysto rdzeniowe, świadczące o zniszczeniu włókien nerwowych. Wyrazem tego zniszczenia jest porażenie rozwijające się stopniowo. Jeżeli guz uciska część rdzenia grzbietową, rozwija się typowe porażenie poprzeczne dolne, z zaburzeniami w dziedzinie czucia i zwieraczy. Bóle, noszące zwykle postać nerwobólu międzyżebrowego lub też występujące w kończynach dolnych, po większej części w okresie porażenia już łagodnieją; zdarza się jednak, że nie ustępują przez cały przebieg cierpienia, sprawiając choremu męczarnie nie do zniesienia (paraplegja dolorosa).

Im dalej posuwa się choroba, tem silniej zaznaczają się cechy kurczowe; kończyny sztywnieją coraz bardziej; lada dotknięcie wywołuje w nich kurcze tężcowe; wraz z porażeniem zupełnem powstają przykurczenia.

Gdy zajęte są odcinki szyjowe górne, cierpienia zaczynają się zwykle od bólów w szyi i karku; następnie rozwija się porażenie bądź tylko kończyn górnych, bądź górnych i dolnych; często najpierw dotknięte są obie kończyny jednej strony, później dopiero drugiej. Gdy sprawa chorobowa gnieździ się w odcinkach szyjowych dolnych, to po okresie bólów w obrębie splotu ramieniowego, rozwija się porażenie zanikowe konczyn górnych, później zaś kurczowe-dolnych. Szczególniej znamiennemi dla zajęcia części szyjowej są zaburzenia oddechowe (napady duszności, kaszlu, czkawka), stałe zwolnienie tętna, zaburzenia naczynioruchowe na twarzy i napady utraty przytomności; dość często obserwuje się rozszerzenie lub zwężenia źrenic, zwężenie szpary powiekowej, napady pseudopadaczkowe, wymioty etc.

W okresie początkowym procesu uciskowego w części lędźwiowej męczą chorego bóle opasujące, a także bóle w obrębie nerwów udowych lub kulszowych; pozatem mamy porażenia wiotkie kończyn dolnych ze zniesieniem odruchów, z bardzo silnie wyrażonemi zaburzeniami czynności pęcherza i odbytnicy, znieczuleniami w kończynach dolnych i dolnej części brzucha.

Przy zajęciu części krzyżowej bóle, porażenia wiotkie z zanikiem następczym mięśni, znieczulenie i inne objawy ograniczają się przeważnie do dziedziny nerwów kulszowych; odruchy są zniesione z wyjątkiem kolanowego.

Przy kile rdzenia bóle są rzadkie i chorzy odczuwają bądź łamanie w lędzwiach lub ból głuchy stały w przestrzeni międzyłopatkowej, bądź istotne nocne bóle w rdzeniu dające się porównać z bólami głowy nocnemi chorych na kiłę. Ból wówczas jest intensywny przeszywający napadowy, odporny na antineuralgica, najczęściej lędzwiowy, rzadziej umiejscowiony w kręgach szyjnych, wówczas połączony z bólem głowy potylicowym. Po zatem dodatkowo mogą występować bóle o typie międzyżebrowych i promieniujących do hypochondrium, do fałdy pachwinowej. Intensywny przeszywający ból w kończynach wy-

stępuje bardzo rzadko i podług Girot'a paraplegja bolesna nie powinna nasuwać myśli o kile. Natomiast częstemi objawami są parestezje, uczucie pieczenia lub ziębienia; choremu zdaje się, że chodzi po podłodze pokrytej kauczukiem, wełną. Wcześnie mogą występować zaburzenia organów moczo-płciowych. Z objawów mózgowych zanotować należy bóle głowy, niedowład nerwu twarzowego, zaburzenia psychiczne (kiła mózgowo-rdzeniowa). Siła mięśniowa w kończynach dolnych jest zachowana, brak objawów zaburzeń czuciowych, odruchy kolanowy, Achillesa, Babińskiego są żywsze w jednej z kończyn niż w drugiej. Białkomocz i limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym są często silnie wyrażone. Wasserman jest dodatni. Rozwój choroby może postępować w dwuch kierunkach; bądź powstaje więcej lub miej wybitna paraplegja flasca na skutek myelitis tran versa, bądź stopniowo rozwijają się zaburzenia ruchowe, paraplegja spinalis spastica typu Erba. Współistnienie wybitnych zaburzeń zwieraczy, objawy lekkie piramidalne pozwalają eliminować rozpoznanie poliomyelitis anterior acuta lub polineuritis generalis. Dane anamnestyczne pozwalają eliminować myelitis traumatica.

Należy przedewszystkiem odróżnić kiłę rdzeniową o typie paraplegicznym od sclerose en plagues, ucisków rdzeniowych, sclerosis lateralis amyotrophica.

Sclérose en plagues może występować w postaci paraplegicznej, prawie czystej; czucie stereognostyczne bywa osłabione, gwałtownie występuje wyczerpanie mięśniowe; zmniejszony bywa czas trwania percepcji wibracji kamertonu.

Szybko występujące uczucie zmęczenia po chodzeniu, zaburzenia w oddawaniu moczu, zaburzenia płciowe przemawiają za kiłą. W sclérose en plagues zaburzenia czucia bywają minimalne, wybitne znieczulenia przemawiają przeciwko temu rozpoznaniu. Nierówność źrenic nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego w tych dwuch procesach Neuritis optica obejmująca połowę dolną segmentu skroniowego jest argumentem ważkim na korzyść sclérose en plagues.

Płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje przy kile obecność białka i limfocytozę oraz dodatni odczyn Wassermana W sclérose en plagues mamy dyssocjację białkowo-cytologiczną, nieznaczne ilości białka i brak limfocytów, Wasserman ujemny. Pachymeningitis luetica cervicalis lub lumbosacralis może symulować ucisk z powodu zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym (białko, xantochromja płynu przy pachymeningitis lumbo-sacralis, limfocytoza wybitna, Wasserman dodatni, benzoesowy dodatni). Badanie z lipiodolem pod kontrolą promieni Roentgena wykazuje zatrzymanie lipjodolu; wreszcie wynik terapji jest rozstrzygający; stan chorego znacznie poprawia się, lipjodol przechodzi do przestrzeni podpajęczynowatej. Można prawie zawsze wykluczyć hypotezę mal de Pott (próchnica kręgowa) z powodu braku wszelkich punktów bolesnych kostnych, normalnego obrazu roentgenologicznego kręgów (wprawdzie choroba Pott'a w przebiegu początkowem nieraz nie pozwala wykryć zmian dostrzegalnych).

Paraplegja może występować na schyłku chorób infekcyjnych (grypa, szkarlatyna, dur brzuszny, encephalitis lethargica).

Amyotrophia luetica powoduje zaniki mięśniowe z osłabieniem odruchów ścięgnistych, drżeniem mięśniowem. Wogóle przy objawach amyotrophia spinalis klinicznie czystych należy zawsze myśleć o kile, eliminując zaniki mięśniowe na tle poliomyelitis anterior chronica pochodzenia nieokreślonego. Przy nowotworach rdzenia, syryngomyelji, pachymeningitis mamy objawy piramidalne i zaburzenia czuciowe. Sclerosis lateralis amyotrophica nie jest pochodzenia kiłowego, lecz kiła może symulować sclerosis lateralis amyotrophica; powolność ewolucjj choroby jest wybitnym argumentem przeciwko rozpoznaniu sclerosis lateralis amyotrophica; należy zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy. Leczenie swoiste sprowadzające polepszenie wybitne może wyjaśnić rozpoznanie, zresztą scler. lat. amyotr. może zjawić się u chorych na kiłę.

Przy sclerosis multiplex występują parestezje w kończynach. Mamy tu zmiany w powrózkach tylnych rdzenia i w tylnych korzeniach (uczucie odrętwienia, mrowienie; cza-

sem są to objawy samoistne, czasem w połączeniu z bólami w kończynie. Ważnem dla rozpoznania jest równoczesne zaburzenie czucia głębokiego, uczucia położenia, bezsilność. Brak w większości wypadków subjektywnych, a jeszcze bardziej objektywnych bólów wyklucza neuritis, przeciwko któremu przemawia też wzmożenie odruchów ścięgnistych w kończynach dolnych i brak zaniku mięśniowego; przy rozpoznaniu różniczkowem można wykluczyć lues cerebrospinalis na podstawie badania odczynu Wassermana i wyniku badania cytologicznego i chemicznego płynu mózgowo-rdzeniowego. Z powodu zaburzeń czucia można też myśleć o ognisku mózgowem z lokalizacją w płacie ciemieniowym tem więcej, że chory z sclerosis multiplex często skarży się na okresowe bóle głowy i zawrót głowy. Brak wybitnych objawów wzmożenia ciśnienia mózgowego może przemawiać przeciwko miejscowemu ognisku ograniczonemu w płacie ciemieniowym, przeciwko nowotworom. Parestezje w ręku lub palcach nie są rzadkością w przebiegu sclerosis multiplex.

Przy miażdżycy tętnic rdzeniowych (dysbasia angiosclerotica) bywają też parestezje w kończynach dolnych.

Parestezje w kończynach występują też przy anemia perniciosa, jako myelitis funicularis przy anemjach ciężkich, stanach kechektycznych (rak, gruźlica, przymiot, cukrzyca, alkoholizm), też przy innych chorobach rdzenia, np. myelitis, meningitis, kile, guzach i wylewach krwawych do rdzenia, przy ograniczonych procesach w kanale kręgowym, jako wyraz podrażnienia dróg czuciowych, przeważnie korzeni. Parestezje mogą występować też przy schorzeniach stawów kręgowych (arthritis spondylica), przy stanach zapalnych i nowotworowych kręgów lub zwojów międzykręgowych, wylewach krwi, nacieczeniach leukemicznych, przy meningitis cerebro-spinalis epidemica jako oznaki podrażnienia dróg czuciowych.

Jeżeli chory skarży się na parestezje w jednej lub obydwu kończynach jednej połowy ciała, powinniśmy też myśleć o zaburzeniach centralnych. Przy zajęciu np. nerwu trójdzielnego bywa uczucie odrętwienia (Taubsein) jednej połowy twarzy, przy procesach dróg mostowych, podstawy mózgu w tylnej części czaszki, przy guzach móżdżku, zwłaszcza przy tabes cerebralis i syringomyelji; w powyższych przypadkach występują parestezje w górnej lub w górnej i dolnej kończynach odrębnie lub w połączeniu z parestezjami w obrębie n. trójdzielnego jako oznaki przedewszystkiem ognisk korowych lub wzgórkowo-mózgowych (thalamocerebralnych.) Bóle przy hemiplegjach (wylew krwawy, ognisko rozmiękczenia, torbiele, nowotwory) powstają wskutek podrażnienia wewnątrzmózgowych dróg czuciowych lub opon. Umiejscowieniem procesu tłomaczy się ograniczenie bólów do kończyn jednej połowy ciała przeciwnej ognisku mózgowemu; możemy zatem obserwować hemiplegję, hemiparezę, hemiclonismus, hemiathetosis, hemianestezję.

Przy nagłem wystąpieniu odrętwienia górnej kończyny samej lub wraz z dolną często połączonem z podobnem uczuciem w odpowiadającej jej połowie twarzy i języka należy myśleć, jeżeli nie stwierdza się zaburzeń motoryjnych, przedewszystkiem o arterjosklerozie naczyń mózgowych z niedostatecznem ukrwieniem połowy mózgu. Parestezje kończyn mogą być zwiastunem wylewu krwawego do mózgu na tle miażdżycy z objawami bólu głowy, zawrotów, osłabienia pamięci, zmiany charakteru, Thromhosis lub embolia rozgałęzień tętnic przednich mózgowych mogą powodować hemiparezy, hemiplegję, zaburzenia mowy. U młodych osobników należy mieć na uwadze endarteritis cerebralis. Guzy jako też i inne procesy zwojów centralnych i przedewszystkiem wzgórka wzrokowego mogą powodować parestezje w kończynach strony przeciwnej. Połączenie ich z bólami, zaburzeniami objektywnemi czucia z zaburzeniami ruchowemi. hemplegją, konwulsjami, drżeniem, wymuszoną postawą, płaczem lub śmiechem, zwłaszcza jednak z hemianestezją kontralateralną, w szczególnych wypadkach z hemichoreą i hemiathetozą, porażeniem

mimicznym n. facialis przy jednoczesnych objawach podniesienia ciśnienia mózgowego nasuwają przypuszczenie guza thalami optici. Kardynalnym objawem choroby mostu jest hemiplegja alternans. Parestezje kończyn są częstym objawem towarzyszącym encephalitis epidemica, paralysis agitans już w początkowych okresach choroby.

Przy akromegalji bywają parestezje nocne, połączone często z bólami podobnemi do gośćcowych, zmianą wielkości i kształtu części obwodowych kończyn, nieregularnem miesiączkowaniem lub ustaniem menses, przygaśnięciem libido sexualis masculina, ewentualnie zanikiem genitalji, nieznacznem podniesieniem ciśnienia wewnątrz-mózgowego (guz przysadki), zwężeniem pola widzenia; prześwietlenie czaszki ułatwia rozpoznanie.

Przy chronicznem zatruciu nikotyną notowane są hemiparestezje i hemialgezje z rozlanemi, ciągnącemi się lub przeszywającemi bólami w kończynach, bólami głowy (uciskiem na głowę, zawrotami głowy, objawami neurastenicznemi, drżeniem, stanami depresji, uczuciem lęku, niemiarowością pulsu, stanami anginoidalnemi, zaburzeniami wzroku.

Parestezje w kończynach bywają też przy zatruciu ergotyną i arszenikiem, przy chronicznem zatruciu ołowiem. Wraz z objawami neuritis arsenicosa występują często bóle głowy w dolnych kończynach, brak odruchów, katary śluzówek (coniunctivitis, rhinitis, pharyngitis, bronchitis, gastroenteritis z kolkami i biegunką), ogólne objawy nerwowe, (znużenie, ból głowy, zawroty, bezsenność), zmiany skóry (erythema, herpes, furunculosis), gorączka.

Często występują bóle w kończynach dolnych na tle pes planus, pes valgus. W wieku dziecięcym stopa płaska może rozwijać się u dzieci rachitycznych częściowo wskutek słabej spoistości kości, ułatwiającej opuszczenia sklepienia stopy, częściowo wskutek słabości mięśni (m. supinatores), służących oparciem dla sklepienia oraz słabej odporności wiązadeł podeszwowych. Wiązadła podeszwowe rozciągają się, uciskane opuszczającemi się kośćmi stopy, co powoduje stan podrażnienia zapalnego. Stopa płaska rozwija się przeważnie u ludzi, których zawód wymaga ciągłego stania i chodzenia. Rozróżniamy tu trzy okresy: stopa giętka, stopa z kontrakturą, stopa zdeformowana wskutek napięcia mięśniowego i procesów zapalnych w nadwyrężonych stawach. Bóle przy pes planus występują zwykle w drugiej połowie dnia po dłuższem chodzeniu, gdy przy dysbasia intermittens angiosclerorca, claudicatio intermittens bolesność kończyn napadowa bywa w każdym okresie dnia.

Achillodynją zowiemy intensywne bóle w okolicy wiązadeł Achillesa przy chodzeniu i staniu; przy siedzeniu natomiast i leżeniu bóle te znikają; wywołują je obrażenia, ucisk obuwia, periostitis, tendovaginitis, dna, rzerzaczka, zimnica, kiła, histerja. Przy polymyositis acuta występują bóle rozlane w kończynach z uczuciem zesztywnienia, bóle głowy, słabość ogólna, objawy zaburzeń żołądkowych, ciepłota do 39°, 40°, powiększenie śledziony; wkrótce występują obrzęki, początkowo na twarzy, powiekach, następnie w innych miejscach. Mięśnie kończyn ulegają pierwsze procesowi, stają się nabrzmiałe o nierównej spoistości, w niektórych miejscach chełboczące; dotyk, ucisk, ruchy, wywołują lub wzmagają bolesność mięśni. Odruchy ściągniste są zmienione lub osłabione Prognoza może być poważną, o ile zostaną wciągnięte w zakres procesu mięśnie oddechowe lub w razie komplikacji (prenumonia etc). Polymyositis może pojawiać się w trzech formach głównych: 1) dermato-myositis; 2) neuro-myositis; 3) polymyositis hemorrhagica. Dermato-myositis odróżnić można od włośnicy na podstawie braku enzynofilji we krwi. Myositis chronica u starców cechuje się stopniowo wzrastającem osłabieniem kończyn dolnych, uczuciem ciężaru w nogach (obuwie ołowiane); ucisk na pnie nerwowe nie wywołuje bólu, odruchy ścięgniste i skórne nie ulegają zmianom, brak objawu Laseguea, czasem ból w biceps femoris. Po pewnym czasie powstają zaniki mięśniowe, kończyny ulegają przykurczeniom, ruchy czynne stają się ograniczone; wszelkie usiłowanie wyko-

nywania ruchów żywszych doprowadzają do bardzo dokuczliwych bólów. Od paraplegji ogniskowych odróżnić można te procesy na podstawie braku kontraktur i zachowaniu normalnych odruchów, od gośćca chronicznego, na podstawie braku deformacji stawowych, braku trzeszczenia (craguments), braku bólów ściśle umiejscowionych.

Przy myositis ossificans progressiva występują złogi kostne w mięśniach, powięziach, ścięgnach, wiązadłach, okostnej. Początkowo proces umiejscawia się na karku, grzbiecie, następnie w kończynach. Badanie moczu wykazuje brak podczas ostrego okresu fosfatów, wachania w eliminacji wapniowej. Stężenie stawów zupełne (ankylosis), utrudnienie oddychania i odżywiania stanowią poważne komplikacje.

(D. c. n.)

Niepowołani.

Wychodzi sobie pismo p.t. „Dziecko i Matka". W tytule tego pisma czytamy, że jest to dwutygodnik poświęcony zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat siedmiu. Zdawałoby się, że pismo to będzie szerzyć zdrowe wskazówki w zakresie higjeny, odżywiania i wychowania dzieci. Okazuje się, że pismo to innemu celowi jest poświęcone.

W jednym z ostatnich numerów tego pisma znajdujemy sążnisty artykuł niejakiej p. G. Kozakowskiej przeciwko felczerom. Płód ten nosi nazwę „Niepowołani" ze względu na to, iż krytyką felczerów zajęła się osoba rzekomo „powołana".

Parę wyjątków z tego artykułu.

„Stokroć niebezpieczniejsza od domowych pomoc.... jest praktyka felczerska".

„Ci, którzy z niej korzystają, uważają ją niestety za fachową".

„Poziom umysłowy przeciętnego felczera jest bardzo niski".

W tym tonie jest utrzymany cały artykuł. Pani G. Kozakowska widocznie jest anarchistką. Za tym wnioskiem przemawia jej nazbyt uproszczony sposób rozumowania.

Powiada ona bowiem:

1-o lepsza pomoc domowa (czyt. żadna), niż felczerska.

2-o pomoc felczerska jest niefachowa (nie wie, że felczerzy działają w granicach ustawy).

3-o kwalifikuje poziom umysłowy felczera, nie znając wymaganego przez prawo cenzusu naukowego.

Sposób argumentacji autorki uwalnia nas od obowiązku polemizowania z nią. Zanotowaliśmy tylko na łamach naszych jej głos, jako dowód rozpowszechnionego u nas sposobu myślenia. U nas każdy we

wszystkich sprawach, nie mając absolutnie pojęcia, potrafi rozprawiać. Każdy ratuje pieniądz, państwo, daje receptę rozwiązania kwestji mieszkaniowej i t. d. P. Kozakowska zaś wyręcza Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia i kasuje felczerów odrazu, nie dając im nawet żadnego terminu ulgowego.

My tylko zapytujemy się czy pismo „Dziecko i Matka" za zadanie ma walkę z felczerami? Czy pismo to chce poderwać na prowincji zaufanie do felczerów i wyeliminować z lecznictwa czynnik zaufania do udzielającego pomocy?

Najgorszą tem przysługę wyświadcza polskiemu dziecku i polskiej matce.

Ruch Związkowy.

Zarząd Główny.

KOMUNIKAT głowniejszych prac Zarządu Głównego C. Z. F. za czas od 20 lutego do 1 maja 1928 r.

1. Kol. Wągrowski zdaje sprawozdanie z konferencji u V. — Prezydenta m. Warszawy Dr. Boguckiego w kwestji wynagrodzenia felczerów pracujących w szpitalach miejskich za 4 dni wypoczynkowe w miesiącu.

2. Postanowiono złożyć do Departamentu Zdrowia memorjał z rezolucjami Zjazdu Delegatów oraz memorjał w sprawie małej chirurgji, etatów felczerskich i kar administracyjnych.

3. Postanowiono zwrócić się do Inspektora Szpitali Miejskich z interwencją w sprawach:

a) obsadzania felczerów na posadach za pośrednictwem Związku,

b) ustalenia mieszkań dla felczerów zamieszkałych w szpitalach,

c) przemianowania felczerów kontraktowych na etatowych

d) przeniesienia felczerów z VIII i VII do VI kateg. płac.

4. Na pismo Oddziału w Płocku w sprawie strajku lekarzy w Kasie Chorych oraz stanowiska zajętego przez ten Oddział w stosunku do swych członków, którzy otrzymali od Komisarza Kasy Chorych propozycję objęcia posad na czas strajku lekarzy po dyskusji i postanowiono:

Przyjąć do wiadomości uchwałę Zarządu Oddziału, ktory dobrze postąpił zabraniając swym członkom obejmowanie tych posad. Co do kol. Święckiego, przedtem już pracującego w Kasie Chorych, wyjaśniono, iż ma on prawo nadal pracować, i nie przesądzając sprawy strajku lekarzy, pracować w granicach obowiązujących Ustawą z dn. 1 lipca 1921 r. i żadnych presji względem kol. Święckiego Oddział stosować nie może.

5. Kol. Wągrowski zdaje sprawozdanie z bytu w Departamencie Służby Zdrowia, gdzie Dyrektorowi Dr. Piestrzyńskiemu złożono memorjał w sprawach:

a) stosowania kar administracyjnych.

b) stawiania ciętych baniek,

c) wyjmowania zębów i

d) pomijania felczerów w Ustawach Sanitarnych,

Dyrektor Departamentu Sł. Zdrowia Dr. Piestrzyński w sprawie Ustawy Szpitalnej wyjaśnił, iż felczerzy nie są objęci Ustawą dlatego, ponieważ nie wymienia ona ani personelu lekarskiego ani też pomocniczego.

Natomiast stanowisko zawodu felczerskiego będzie omówione w Ustawie Służby Zdrowia. Wszystkie inne sprawy poruszane w memorjałach Związku będą uregulowane w drodze okólnika Departamentu Zdrowia. Okólnik ten jest w opracowaniu.

6. Odczytano pismo Dep. Zdrowia w sprawie wzięcia pod uwagę postulatów Związku zawartych w memorjałach, Dep. Zdrowia powiadomił o tem Województwa w odpowiedniem wyjaśnieniem.

7. Sprawa kol. Tajchnera, oskarżonego z art. 464 K. K. (dokonanie incyzji w okolicy stanu kolanowego — następstwem amputacja nogi pacjenta). Zarząd Główny koszta sprawy przyjął na siebie, jednakże część kosztów w kwocie 200 zł. kol. Tajchner winien zwrócić.

8. Na redaktora „Przeglądu" powołano kol. Krawczyka. Na administratora — kol. Wachowicza i Galubę. Do Komisji Zewnętrznej powołano Kolegów — Salamona i Galubę.

9. Postanowiono wydać kalendarz felczerski na rok 1929 pod kierunkiem kolegów Wągrowskiego i Langfiera.

Z ostatniej chwili.

Ukazało się Rozporządzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Dz. Ust. № 30/1928 r.) o wyrobie, obrocie i przechowywaniu eteru etylowego. § 12 tego Rozporządzenia powiada, że „eter etylowy może być wydawany z apteki jedynie na podstawie recepty lekarza, lekarza — dentysty lub lekarza — weterynarza".

W związku z powyższem prezes Zarządu Głównego C. Z. I. R. P. Kol. J. Wągrowski interwenjował w Departamencie Zdrowia M. S. Wew. z prośbą o wyjaśnienie tego rozporządzenia w stosunku do felczerów. W Departamencie Zdrowia zapewniono kol. Wągrowskiego, iż wydany zostanie okólnik polecający aptekom wydawanie felczerom do prywatnego użytku eter etylowy w ilości do 100 gr.

Wydawnictwo Zarządu Głównego.

Zarząd Główny C. Z. Felczerów R. P. ma zamiar na rok 1929 wydać kalendarz felczerski. Pragnący otrzymać kalendarz ten zechcą wpłacać do Zarządu Głównego zaliczkę w wysokości 2 zł.

Kalendarz ten ma być fachowem vademecum podręcznem każdego felczera.

Lublin.

List otwarty Zarządu Oddziału Związku do kolegów.

Szanowni Koledzy!

Dzień 8 stycznia r. b. na długo winien wam pozostać w pamięci. Przyznaliście wtedy na zebraniu ogólnem ze skruchą, że wiele błędów popełniacie względem swej organizacji, że Zarząd wybrany przez was pracuje w ciężkich warunkach. Wszyscy przyrzekli wspólną pracą, solidarnością wypełnić swe zobowiązania względem Związku. Ubiegło kilka miesięcy i realizacji tych przyrzeczeń nowowybrany Zarząd nie widzi. Do dnia dzisiejszego tylko 15 członków spłaciło swe zobowiązania, a gdzie reszta. Wymagacie pracy od tego Zarządu i od Centrali, lecz Zarząd ten, by owocnie pracować musi mieć wszechstronne poparcie członków. Zwraca się do Was Zarząd przez Was wybrany o wypełnienie swych zobowiązań w przeciwnym razie Zarząd Oddziału zmuszony będzie niewypełnić nakreślonych sobie zadań i zobowiązań.

Zarząd Oddziału Lubelskiego.

Oddział C.Z.F. w Lublinie podaje do wiadomości swoich członków, że o ile nie uiszczą w ciągu 15 dni, od daty niniejszego ogłoszenia, załegłych składek członkowskich, zmuszony będzie wyciągnąć odpowiednie konsekwencje i nazwiska ich opublikować.

Oddział Lubelski.

Zarząd Oddziału Lubelskiego wzywa kol. Gryncwajga w Lublinie do niezwłocznego podporządkowania się statutowi Związku i regulaminowi i wypełnienia członkowskich zobowiązań. W razie niezastosowania się do tego w przeciągu dni 14-u Zarząd Oddziału będzie zmuszony skreślić kol. Gryncwajga z listy członków Oddziału.

Ofiary.

Na „Fundusz prasowy" Przeglądu Felczerskiego.

Oddział C. Z. F. w Łodzi — 70 zł.
„ I „ w Warszawie — 50 zł.
„ „ w Sosnowcu — 46 zł.
„ „ w Radomiu — 30 zł.
„ „ w Białymstoku — 34 zł.
„ „ w Częstochowie — 30 zł.
„ „ w Kielcach — 22 zł.
„ „ w Siedlcach — 19 zł.
„ „ w Włocławku — 12 zł.
Oddział C. Z. F. w Piotrkowie — 10 zł.
„ „ w Sarnach — 7 zł.
Kol. Kamiński P. — Warszawa, Puławska 1— 20 zł.
„ Fonder—Zgierz, Dąbrowskiego 17, 10 zł.
„ Domolążek — Zgierz, 10 zł.
„ Sergjalis — Rejowiec, 3 zł.

Na łódź „Felczer"

Kol. Rosiak Marjan — Warszawa — 25 zł.

Lokal Oddziału C.Z.F. w Białymstoku został przeniesiony z ul. Pałacowej 4 na ul. Czackiego 8, telefon 7-69.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P.—Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.